131

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 février 1908, à 1 heure.

Par Georges BURGARD

LES SYMPTOMES CÉPHALIQUES

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE FRUSTE

Président : M. HUTINEL, *professeur.*

Juges : MM. BAR, *professeur,*
BRINDEAU et NOBÉCOURT, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Operations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / BERGER. / RECLUS. / SEGOND.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE LA CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS
MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, nous tenons à acquitter la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui nous ont prodigué leur science et leur dévouement pendant le cours de nos études.

Que tous nos maîtres dans les hôpitaux daignent accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Nous adressons d'une façon toute particulière nos bien sincères remerciements à M. le Dr Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, et qui n'a jamais cessé de nous témoigner la plus grande bienveillance. C'est sur le conseil de ce maître éminent que nous avons choisi le sujet de notre thèse et c'est grâce aux nombreuses observations qu'il a bien voulu nous communiquer que nous avons pu mener à bien ce travail.

Que M. le Dr Blum, professeur agrégé, et M. le Dr Galliard, médecin de l'hôpital Laribosière, acceptent le témoignage de notre reconnaissance pour les

enseignements éclairés que nous en avons reçus pendant l'année d'externat que nous avons accomplie sous leur direction.

M. le professeur Bar et M. le Dr Brindeau, professeur agrégé, furent nos maîtres dans l'art des accouchements ; nous les remercions de l'accueil bienveillant qu'ils nous ont réservé dans leur service.

Que M. le professeur Hutinel qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

La syphilis héréditaire est de toutes les maladies celle qui exige le diagnostic le plus précoce, aussi bien dans l'intérêt de l'enfant, que dans celui de son entourage.

Nous ne nous étendrons pas ici sur les dangers de contamination que peut présenter une syphilis ignorée, les trop nombreux faits rapportés de tous les côtés sont plus éloquents que toutes les considérations.

L'enfant qui porte tout à sa bouche, sème avec ses jouets la maladie parmi les autres enfants ; les grandes personnes elles-mêmes ne sont pas à l'abri de la contagion. Comment pourrait-on soupçonner ces petits êtres de porter en eux un tel danger, et qui pourrait se douter, en les embrassant, qu'il est en train de contracter cette terrible maladie que la croyance populaire regarde comme le privilège exclusif des débauchés.

Il n'est pas moins important pour l'enfant lui-même que le diagnostic soit précocement établi. Le traitement aura d'autant plus d'efficacité qu'il aura été plus tôt ins-

titué et avant que la maladie ait excercé ses ravages sur l'organisme.

D'autre part, si la maladie a été totalement ignorée, si l'enfant n'a subi aucun traitement, la syphilis peut évoluer insidieusement, sans manifester plus tard de symptômes révélateurs, et cet enfant devenu adulte, pourra lui-même donner naissance à des enfants entachés de syphilis, comme nous en avons vu récemmen un cas à la consultation de M. le Dr Comby.

Aussi, quand on songe aux conséquences que peut entraîner une syphilis méconnue, on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'on n'apportera jamais trop de soins à dépister cette maladie chez le nouveau-né ; te plus petit symptôme, le moindre stigmate peut avoir une importance capitale : c'est pourquoi nous nous proposons d'étudier quelques-uns de ces stigmates, en montrant leur importance au point de vue diagnostic.

Nous rechercherons d'abord quel est le facies véritablement caractéristique de la syphilis héréditaire.

Nous étudierons ensuite un autre stigmate de cette maladie qui a attiré l'attention des auteurs, il y a quelques années, et sur la pathogénie duquel la lumière n'est pas encore complètement faite : nous voulons parler du développement exagéré de la circulation veineuse extra-cranienne.

Nous consacrerons enfin la dernière partie de ce travail à l'étude des cris chez les enfants hérédo-syphilitiques.

CHAPITRE PREMIER

Le facies des hérédo-syphilitiques.

Le portrait du petit syphilitique héréditaire a été tracé depuis longtemps. En 1781, Doublet pouvait lire à l'assemblée particulière de la Faculté: « La face est souvent livide et terreuse, quelquefois, la peau est noire et desséchée ; ce ne sont plus les traits de l'enfance ; les rides, les plis et la contraction de la douleur en font la miniature de la décrépitude. » Et Lamauve écrivait plus tard : « Les enfants vérolés ont l'aspect de petits vieillards, flasques et ridés, etc... »

La plupart des anciens auteurs insistaient beaucoup sur cet état de cachexie et de décrépitude, mais ce tableau n'est pas entièrement exact et nous estimons qu'il ne doit pas être conservé comme stigmate de syphilis héréditaire.

Il expose, en effet, à une double erreur : d'abord à considérer comme syphilitiques des enfants qui ne le sont pas et, chose plus grave, à attendre cet aspect pour faire le diagnostic de syphilis.

Il n'y a pas que les petits syphilitiques à qui puisse s'appliquer ce portrait : « Tous les enfants atteints de cachexie et de maigreur, quelle qu'en soit la cause, dit Parrot (1), ont l'apparence de petits vieillards, » Et E. Fournier (2) fait remarquer que quantité d'autres enfants que les syphilitiques peuvent être rendus malingres et souffreteux par le fait de nombreuses affections.

Cette apparence est plutôt celle des enfants que l'absence d'une alimentation bien réglée et de soins hygiéniques a conduits à l'athrepsie.

Sans doute nous avons vu naître de ces petits à la peau ridée et flasque, au teint bistré, qui avaient échappé de bien peu à la mort *in utero* et à la macération consécutive ; ils étaient le produit d'une syphilis très virulente, portant aux pieds et aux mains des bulles de pemphigus, mais ces cas ne sont pas la majorité,

Il est possible et même probable, qu'autrefois le nombre était plus grand des hérédo-syphilitiques qui avaient l'apparence de petits vieillards, et cela pour plusieurs causes.

D'abord, il est de règle, aujourd'hui, de faire suivre, dès le début de leur grossesse, un traitement rigoureux aux femmes syphilitiques qui deviennent enceintes. Plus le traitement aura été rigoureusement suivi, plus elles auront de chances, non seulement de conduire

1. Parrot. *La syphilis héréditaire et le rachitisme*, 1886.
2. E. Fournier. Stigmates dystrophiques de la syphilis. *Thèse de Paris*, 1898.

leur grossesse jusqu'au terme, mais de donner naissance à des enfants plus résistants à la maladie et même indemnes.

Ensuite, à mesure que l'on connaît mieux les symptômes de la syphilis héréditaire, il est possible de faire un diagnostic plus précoce et le traitement arrête l'évolution de la maladie avant la période de cachexie.

Il résulte des nombreuses études qui ont été faites à ce sujet que la syphilis se montre le plus souvent de la deuxième à la cinquième semaine, à part le pemphigus qui existe ordinairement à la naissance et dont l'apparition est exceptionnelle après le quinzième et même le septième jour. C'est au moment où apparaissent les premiers symptômes, mais pas toujours cependant, que l'état général de l'enfant commence à se ressentir des atteintes de la maladie. C'est à ce moment qu'il faut faire le diagnostic.

Boissard (1) a montré, en effet, que l'hérédo-syphilitique se développait d'abord normalement, que la courbe de poids augmentait régulièrement comme celle d'un enfant bien portant, puis qu'à un certain moment le poids diminuait pour devenir parfois inférieur à celui que l'enfant avait à la naissance.

Parrot (2) fait remarquer que quand les symptômes n'apparaissent qu'après le cinquième mois, l'enfant est moins exposé à la cachexie, il résiste beaucoup mieux et la syphilis agit en produisant l'anémie signalée par

1. Boissard. *Presse médicale.* Paris, 1904.

2. Parot. *Syphilis héréditaire et rachitisme*, 1886.

Cuffer, due selon lui à la diminution considérable du chiffre des globules rouges et à leur décoloration, et selon Bar (1) à de la lymphocytose et l'accroissement des mononucléaires.

Nous avons pu étudier quatre-vingt-trois observations d'enfants hérédo-syphilitiques qui ont été présentés à la consultation de M. le Dr Comby et nous ne voyons signalé que quelquefois un état d'amaigrissement marqué.

Quelques-uns de ces enfants étaient chétifs, malingres, à la figure ridée et la peau parcheminée, mais le plus grand nombre étaient des enfants bien développés et plusieurs étaient superbes.

On voit donc, par ce qui précède que l'aspect de « petit vieillard » à la peau flasque et ridée ne doit pas être considéré comme un stigmate de syphilis héréditaire. Les hérédo-syphilitiques ont néamoins un facies qui leur est propre, facies que l'on ne rencontre que chez eux et que nous allons maintenant étudier.

Trousseau (2) l'avait bien remarqué et nous lisons dans ses leçons cliniques : « Le visage est d'un ton bistré spécial; il semblerait qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie délayée dans une ample quantité d'eau. Ce n'est ni de la pâleur, ni de l'ictère, ni le jaune-paille des autres cachexies. » Et plus loin il ajoute : « A la place des sourcils dont les poils sont tombés, vous voyez une tache jaunâtre,

1. Bar et Brindeau. *La pratique de l'art des accouchements*, t. II, 1907.

2. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 328.

bistrée, avec production considérable de squames, et ces mêmes taches bistrées qui ne sont en définitive que du psoriasis se retrouvent surtout au menton, autour de la bouche. »

Ce facies des hérédo-syphilitiques se rencontre fréquemment ; dans les 83 observations que nous avons eues sous les yeux, nous l'avons vu noté 59 fois, ce qui fait une moyenne de 71 0 0, aussi souvent que le coryza.

Il peut se présenter de deux façons : tantôt c'est une teinte bistrée de tout le visage, tantôt une coloration particulière de la peau occupant des régions bien limitées.

La première forme est la plus fréquente ; on la trouve dans la moitié environ de la totalité des enfants atteints de syphilis héréditaire. Ces enfants, au lieu du teint rose et frais que doit présenter le nourrisson bien portant, ont une teinte uniformément bistrée et grisâtre de toute la face, un teint terreux différent de la pâleur que peuvent causer les autres maladies, différent aussi de la pâleur résultant de la syphilis quand elle atteint l'enfant à un âge plus avancé, comme nous l'avons vu précédemment.

La deuxième forme, plus rare, puisque nous ne l'avons rencontrée que dans un cinquième des cas, est encore plus caractéristique.

Elle consiste en une coloration de la peau, variable suivant ses degrés et aux tons plus ou moins foncés, allant depuis une légère ombre jusqu'à une coloration ardoisée, une teinte grisâtre, bistrée, quelquefois aux tons fauves et même cuivrés.

Ce masque se rencontre principalement autour des orifices naturels, surtout de la bouche et du nez, autour des yeux et aux sourcils ; il peut gagner, même, mais moins souvent, le front.

Comby (1) distingue trois degrés dans le facies des hérédo-syphilitiques. Le premier est celui que nous venons de décrire, c'est aussi le plus fréquemment observé. Dans le deuxième, le masque est plus accusé, la coloration bistrée est plus foncée et il y a quelques syphilides papulo-squameuses, grisâtres ou jambonnées disséminées sur la face. Dans un troisième degré, le masque est surtout croûteux et se distingue par sa teinte bistrée et fauve de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux.

Les deux formes du facies spécifique peuvent se combiner ; on remarque alors chez un enfant qui a le teint uniformément bistré, un renfoncement de la coloration autour des orifices naturels, comme si on avait passé une seconde couche en ces endroits.

Tel est le facies des enfants atteints de syphilis héréditaire, facies caractéristique puisqu'il ne se rencontre que chez eux et qu'il subit manifestement l'influence du traitement. En effet, en même temps que le coryza s'atténue, que le foie et la rate diminuent de volume, que tous les symptômes s'améliorent, la coloration bistrée pâlit peu à peu et finit par disparaître complètement.

1. Comby. *Médecine moderne*, 29 octobre 1898.

CHAPITRE II

Le nez. Les cheveux. Les cils.

Les déformations du nez dans la syphilis héréditaire sont également très importantes à connaître et viennent naturellement compléter le facies. Elles donnent au nouveau-né une physionomie si caractéristique que le diagnostic s'impose à première vue.

Ces lésions du nez sont assez fréquentes ; on les observe chez le quart des hérédo-syphilitiques. La plus commune consiste en un simple enfoncement du nez à sa racine dû, d'après A. Fournier (1), à un effondrement des os propres du nez ; au-dessous de l'épine du frontal se trouve une excavation, le segment inférieur bascule et la pointe du nez se retrousse ; les narines, au lieu de leur direction horizontale habituelle ont alors une direction légèrement oblique en avant et en haut. Dans le nez en pied de marmite que Richard d'Aulnay (2)

1. A. Fournier. *Syphilis héréditaire tardive*, 1886.

2. Richard d'Aulnay. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*. Paris, 1900.

considère comme une exagération du type précédent, le nez est court, sa base est élargie et les orifices des narines sont plus grands que normalement.

Le nez en lorgnette de spectacle, que l'on rencontre aussi assez souvent, est caractérisé par ce fait que le segment inférieur du nez rentre dans le segment supérieur, le cartilage de la cloison étant détruit.

Les cheveux n'échappent pas à l'influence dystrophique de la syphilis et si leurs lésions ne constituent pas un stigmate aussi caractéristique que le précédent, du moins peuvent-elles être un signe de présomption en faveur de cette maladie.

Les auteurs anglais décrivent chez l'hérédo-syphilitique ce qu'ils appellent la « perruque syphilitique ». Le crâne serait couvert d'une chevelure abondante, longue et raide, existant surtout à la naissance. Le plus souvent, nous semble-t-il, les petits syphilitiques sont atteints d'alopécie.

Il est difficile, à la naissance, de tabler sur l'état des cheveux pour soupçonner la syphilis. Il existe de telles différences chez les nouveau-nés à ce sujet, les uns n'ayant le crâne couvert que d'un léger duvet, les autres apportant en naissant une chevelure abondante, qu'on ne peut en tirer aucune conclusion de quelque valeur.

Un fait certain est que les hérédo-syphilitiques peuvent avoir à la naissance une chevelure abondante, et c'est au moment où se développent les premiers symptômes de la maladie que les cheveux commencent à tomber. Mais, comme le fait remarquer Parrot, l'alopé-

cie est due le plus souvent à ce que les cheveux n'ont pas poussé.

Cette alopécie occupe rarement la totalité du crâne ; peu marquée sur le sommet de la tête, elle est surtout visible aux régions postérieure et latérales. Cette localisation s'explique aisément par les frottements que subissent ces régions quand l'enfant est couché.

Parfois les cheveux tombent par places bien limitées, formant des clairières comme la pelade.

En général, les cheveux des syphilitiques ne paraissent pas avoir la vitalité des cheveux chez les enfants bien portants ; ils sont courts et fins, clairsemés, quelquefois réduits à un léger duvet.

Quant aux cils, souvent ils sont absents, mais il n'y a pas de corrélation entre l'état des cheveux et celui des cils, car l'on peut voir des enfants n'ayant pas de cils, mais dont les cheveux sont assez abondants.

Sous l'influence du traitement spécifique, les cheveux repoussent, prennent de la force, se colorent, et cela d'une façon très marquée, souvent dès le début du traitement.

CHAPITRE III

La dilatation variqueuse des veines du crâne.

La dilatation des veines du crâne avait été notée depuis longtemps chez les hydrocéphales ; elle existe en effet souvent chez les sujets atteints d'hydrocéphalie, mais est-elle toujours liée à cette maladie? Non, car on peut voir des enfants ayant une notable augmentation du liquide intra-ventriculaire, sans que la circulation extra-cranienne soit modifiée. D'autre part A. Fournier (1) a fait remarquer que l'on pouvait rencontrer de grosses veines craniennes chez les sujets dont le volume de la tête n'était pas exagéré et que la plupart de ces sujets étaient hérédo-syphilitiques.

Cette question a été reprise et à mesure qu'elle est mieux connue et que les observations viennent apporter des documents nouveaux, on est de plus en plus enclin à considérer la présence de grosses veines à la surface du crâne, comme un stigmate de syphilis hérédi-

1. A. Fournier. *La syphilis héréditaire tardive*, 1886.

taire. E. Fournier (1) qui s'est livré à cette étude dit : « Chez des nouveau-nés présentant de grosses veines crâniennes, j'ai toujours rencontré la syphilis comme origine probable de cette dystrophie. »

Voyons d'abord en quoi consiste cette dilatation des veines du crâne.

Elle est caractérisée surtout par la présence de gros cordons veineux gorgés de sang, en nombre restreint, cheminant à la surface du crâne, quelquefois réduits à un seul qui est le plus constant. Ce cordon veineux n'est autre que la veine temporale superficielle. A peine visible en temps normal, elle est ici considérablement augmentée de volume ; commençant au niveau du pariétal, elle traverse la région temporale et arrivée au devant du pavillon de l'oreille, s'enfonce dans la profondeur. Sur son trajet elle reçoit d'autres cordons veineux qui viennent s'anastomoser à elle pour constituer un tronc unique.

A la région frontale, on observe un autre système dont la veine frontale est le centre et dans laquelle se jettent d'autres cordons veineux, mais qui n'atteignent jamais le volume de la temporale. La veine angulaire qui se trouve à l'angle interne de l'œil, où elle fait suite à la frontale, est aussi souvent dilatée.

Les ramifications veineuses sont également augmentées de volume et l'on peut voir entre les cordons veineux un réseau plus fin formant de nombreuses

1. E. Fournier. Dystrophies veineuses. *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1902.

arborescences sur toute la surface du crâne, d'autant plus visibles que les hérédo-syphilitiques ont souvent une alopécie plus ou moins marquée.

Dans la plupart des cas, les veines ont le même volume des deux côtés du crâne, mais il peut se faire qu'il y ait une différence notable et que l'on n'en n'aperçoive d'un côté que quelques-unes, tandis qu'elles sont très visibles de l'autre côté.

Volumineuses quand l'enfant est tranquille, elles augmentent beaucoup quand il crie, et la temporale « se gonfle à éclater » selon l'expression des parents.

Or la présence de grosses veines craniennes n'est pas d'une extrême rareté puisque nous l'avons rencontré 14 fois sur 83 enfants qui présentaient des symptômes très nets de syphilis héréditaire, ce qui fait une moyenne de 16 0/0.

Parmi ces 14 cas, 7 étaient des hydrocéphales, les autres avaient une tête dont le développement n'était pas exagéré et rien chez eux ne pouvait faire soupçonner une augmentation du liquide intra-ventriculaire.

Quand il y a hydrocéphalie, la dilatation des veines s'explique facilement par la gêne de la circulation intra-cranienne causée par la pression du liquide ; mais on est obligé de reconnaître que dans la moitié des cas environ, elle est due à une autre cause que l'hydrocéphalie.

Cette cause est encore fort obscure. A. Fournier pensait à une malformation de la base du crâne gênant la circulation de retour.

Pour E. Fournier (1), la cause en serait dans le reflux du sang dans la veine cave supérieure et la jugulaire externe par suite des cris et des efforts de succion, chez des individus héréditairement prédisposés aux varices du fait d'une faiblesse congénitale des parois vasculaires.

La syphilis agit-elle directement sur les veines en produisant une lésion qui diminue la résistance de leurs parois à l'afflux sanguin, et cette lésion doit-elle être rangée parmi celles qui résultent de l'influence dystrophique de la syphilis ? Nous ne le pensons pas, car on peut se demander pourquoi elle serait toujours localisée aux seules veines du crâne, puisqu'on ne trouve rien de semblable sur les autres parties du corps.

La dilatation veineuse semble plutôt être une dilatation mécanique qui peut être due à deux causes : ou bien gêne de la circulation externe du crâne par un obstacle siégeant sur le trajet de la jugulaire externe ou de la veine cave supérieure, d'où stase veineuse au-dessus de l'obstacle, ce qui est peu probable ; ou bien gêne de la circulation de retour intra-cranienne due à l'obstruction des vaisseaux veineux. Le sang veineux ne pouvant s'écouler par la jugulaire interne, reflue par une voie détournée, au moyen des nombreuses anastomoses qui font communiquer les deux circulations intra et extra-craniennes, dans les veines de la surface du crâne qui se trouvent ainsi gorgées de sang.

Quant à la cause qui produit l'obstruction veineuse,

1. E. Fournier. Dystrophies veineuses. *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1902.

elle est encore totalement inconnue. Est-ce une tumeur développée à la base, qui comprime les vaisseaux sanguins? Est-ce une sclérose de la paroi des vaisseaux rétrécissant leur calibre ? Les autopsies seules pourront apporter quelques éclaircissements sur sa nature.

Il n'est pas moins intéressant de savoir quelle est l'évolution de ces varices craniennes.

Or sous l'influence du traitement spécifique, elles diminuent de volume peu à peu, dès le début.

Dans les premiers temps, quand l'enfant est tranquille et qu'il ne pleure pas, elles sont très diminuées, quand il crie, elles redeviennent aussi volumineuses qu'elles étaient avant, ce qui indique que la cause qui produisait l'obstruction a disparu en partie, mais que la paroi des veines, trop longtemps distendue, se laisse encore dilater par l'afflux sanguin ; mais plus tard, à mesure que le sujet se développe, les veines reprennent leur tonicité, et au bout de plusieurs années les varices craniennes ont disparu complètement.

Quelle que soit la cause qui produise cette lésion, il n'en reste pas moins certain que presque toujours la syphilis est en jeu, et nous ne pouvons pas mieux faire que de nous ranger à l'opinion d'A. Fournier (1), qui disait en parlant de ce signe : « Il est donc excellent pour constituer un indice, pour éveiller un soupçon, pour ouvrir une piste et diriger le diagnostic vers la recherche de l'hérédo-syphilis. »

1. A. Fournier. Leçons cliniques inédites. Rapporté par E. Fournier dans sa thèse, 1898.

CHAPITRE IV

Les cris chez les hérédo-syphilitiques.

Parmi les auteurs qui ont étudié la syphilis héréditaire, quelques-uns ont signalé sans y attacher autrement d'importance que les enfants syphilitiques criaient plus que les autres, et dans les nombreuses observations publiées dans les différents ouvrages, on voit souvent les mères faire remarquer que leurs enfants sont particulièrement difficiles à élever, à cause de leurs cris et de leur agitation continuelle; ce sont en somme des enfants « excessivement inconfortables » selon l'expression d'un auteur américain (1).

Or ces cris fréquents, avec les caractères que nous leur verrons tout à l'heure, peuvent être considérés comme un symptôme de syphilis héréditaire et contribuer puissamment au diagnostic.

1. Kilmer. Syphilis héréditaire. Diagnostic et traitement. *American Journal of Dermatol. and genito-urinary Diseases*, octobre 1906.

D'abord ils peuvent être le seul symptôme de la maladie comme en font foi plusieurs observations que nous allons résumer. L'une d'elles n'est pas nouvelle puisqu'elle date de 1849. « Il s'agit d'un pauvre petit garçon de 14 mois, chétif, malingre, scrofuleux, qui depuis sa naissance avait passé pour ainsi dire toutes ses nuits en cris et en plaintes. Après avoir employé inutilement plusieurs moyens, tant hygiéniques que thérapeutiques, en vue de modifier sa constitution et de lui procurer des nuits paisibles, l'idée vint à M. Vanoye d'accuser un vice syphilitique dont les antécédents des parents rendaient d'ailleurs l'existence très probable. Ce médecin prescrivit en conséquence des bains de sublimé qui eurent un effet on ne peut plus salutaire. Au bout de peu de temps, l'état du petit malade gagna visiblement et ses nuits devinrent surtout plus paisibles (1). »

Récemment Genaro Sisto et Ernesto Gaing (2) ont publié des observations analogues.

La première est celle d'un enfant qui, au bout de quarante jours, commença à pleurer sans raison nuit et jour, mais surtout la nuit et, qui pleurait d'autant plus fort qu'on le berçait davantage dans les bras ou dans le lit. Cet enfant, bien constitué quoique un peu amaigri, diminuait lentement de poids malgré une alimentation bien réglée, mais ne portait aucun stigmate de syphilis

1. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1849, p. 273.

2. Genaro Sisto et Ernesto Gaing. Llanto sifilitico. *Semana Medica*. Buenos-Ayres, 1907.

ni d'aucune autre maladie. « Cet enfant fut soumis au traitement spécifique avec un résultat immédiat; le poids augmenta graduellement, les pleurs disparurent, le sommeil redevint normal et les mouvements du berceau ou sur les bras ne l'ont plus incommodé. »

Dans une autre observation, l'enfant, âgé de 2 mois, ne présente aucun symptôme de syphilis, ni d'une autre maladie, et pourtant il pleure presque constamment depuis quinze jours, la nuit surtout. On trouve dans les antécédents de la mère cinq accouchements prématurés qui font penser à la syphilis. Au préalable, l'enfant fut soumis à un régime hygiénique et diététique qui n'amena aucune amélioration. Le traitement spécifique fut alors entrepris et les pleurs commencèrent à se calmer dès la première friction mercurielle, pour disparaître complètement quelque temps après.

Dans nos observations I et II, nous voyons également des enfants qui pleurent jour et nuit et ces enfants sont nettement spécifiques.

Il ressort de ces observations que la syphilis peut provoquer chez le nouveau-né des douleurs que l'enfant manifeste par les seuls moyens qu'il a à sa disposition, c'est-à-dire par les cris. Ces douleurs que l'on rencontre chez des enfants ayant des symptômes non douteux de syphilis, peuvent constituer le symptôme unique de la maladie.

On pourra objecter que les cris de l'enfant sont dus à une autre cause que la syphilis. Il suffit d'un léger trouble dans le fonctionnement d'un organe pour amener de la douleur; un enfant peut avoir des coliques

il peut souffrir parce qu'il perce des dents, parce que ses langes sont mouillés ou qu'il est mal emmailloté, et la cause de la douleur est d'autant plus difficile à découvrir que le vagissement est le seul élément de diagnostic.

Mais il est rare que par une observation attentive, on ne puisse arriver à reconnaître la cause des pleurs. L'enfant qui souffre des dents porte les mains à sa bouche, il se mord les poings, ses gencives sont gonflées ; les troubles digestifs se montrent par les vomissements, par l'état des selles, par la courbe du poids. Une alimentation bien réglée et une hygiène bien comprise en viennent à bout et ramènent chez l'enfant le calme et la tranquillité.

Or nous voyons dans les observations que nous avons rapportées plus haut et dans celles que avons recueillies, que ces enfants n'ont aucun trouble auquel on puisse rapporter leurs douleurs, et cela malgré l'examen le plus minutieux et l'observation la plus attentive. Placés dans les meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation, ils n'en n'ont pas moins continué à pleurer.

D'ailleurs les cris des enfants syphilitiques ont plusieurs caractères particuliers qui militent en faveur de leur origine spécifique.

C'est tout d'abord leur époque d'apparition et la brusquerie du début. En effet, voici un enfant qui n'a rien présenté d'anormal depuis sa naissance, il dort paisiblement la nuit, il se développe bien, puis quelques semaines après, il se met à pleurer continuellement, sans raison.

Or n'est-ce pas de la deuxième à la cinquième semaine que se montre le plus souvent la syphilis et cette apparition des cris à l'époque où se développent ordinairement les premiers symptômes de la maladie, ne constitue-t-elle pas une présomption en faveur de leur nature spécifique?

C'est ensuite leur longue durée et leur continuité. Ces enfants pleurent constamment, jour et nuit, pendant des semaines, privés complètement de sommeil, car c'est là un autre caractère de ces cris de redoubler la nuit. Les parents le disent bien et sans qu'on leur demande, ils sont en effet les premiers à en subir les conséquences : « Il crie nuit et jour, mais surtout la nuit. » L'un de ces enfants (obs. I) dormait à peu près une nuit sur dix.

Et l'on sait que les douleurs provoquées par la syphilis, que ce soit de la céphalalgie, des douleurs ostéocopes ou autres, se montrent surtout la nuit?

Enfin, un dernier caractère de ces cris, et non le moins important, à notre avis, c'est de subir l'influence du traitement spécifique.

Le traitement est en effet la pierre de touche des lésions syphilitiques. Dans la syphilis secondaire et tertiaire, on voit dès qu'il est institué, les éruptions pâlir et disparaître, les exostoses diminuer, les ulcérations gommeuses rapprocher leurs bords ; dans la syphylis héréditaire, sous la même influence, le coryza s'atténue et disparaît rapidement, le foie et la rate remontent sous les fausses côtes ; tous les symptômes en un mot s'améliorent.

Or que deviennent les cris chez un enfant qui est soumis au traitement spécifique?

Toutes les observations sont, sur ce point, identiques : les cris vont en diminuant dès le début du traitement, et disparaissent complètement au bout d'une quinzaine de jours en moyenne; l'enfant dort ses nuits entières, et le jour il ne crie pas plus qu'un enfant bien portant. L'amélioration est notable dès la première friction mercurielle.

Il apparaît donc nettement que ces cris sont dus à une lésion spécifique, mais quelle est cette lésion?

Là on en est réduit à des hypothèses.

Parrot (1) qui avait observé plusieurs fois les pleurs chez les petits syphilitiques, se borne à constater le fait sans en approfondir la cause : « Les personnes qui donnent des soins habituels aux nouveau-nés syphilitiques ont remarqué qu'ils criaient plus souvent et plus violemment que les autres enfants du même âge. Quelle est cette manifestation douloureuse? Altérations osseuses? Souffrances d'autres organes? »

Pour Genaro Sisto et Ernesto Gaing (2), les pleurs seraient dus à « des processus irritatifs de la substance osseuse et du périoste, très possiblement épiphysite. »

Comby (3) qui a publié tout récemment plusieurs observations d'hérédo-syphilitiques présentant ces cris

1. Parrot. *La syphilis héréditaire et le rachitisme*, 1886.

2. Genaro Sisto et Ernesto Gaing. Lanto sifilitico. *Semana medica*. Buenos-Ayres, 1907.

3. Comby. Les cris dans l'hérédo-syphilis. *Archives de médecine des enfants*, janvier 1908.

persistants les rapporte à des douleurs osseuses comparables aux douleurs ostéocopes de l'adulte.

L'analogie est, en effet, assez marquée. La syphilis a une prédilection spéciale pour le système osseux, les pseudo-paralysies de Parrot ne sont pas rares, de même que la déformation des tibias en lame de sabre et les diverses exostoses; le tissu osseux de l'enfant est, de plus, particulièrement apte à subir l'influence de toutes les infections. L'adulte éprouve souvent dans les os et plus fréquemment dans les tibias des douleurs pongitives et profondes, plus marquées la nuit. Ne peut-il en être de même chez le nouveau-né, puisque nous avons vu que les cris de l'enfant sont continus, mais deviennent plus vifs par intervalles et ont une exacerbation nocturne évidente.

Quelques indices permettent-ils de localiser ces douleurs dans les membres inférieurs ? Il semble que oui, si l'on considère que dans certains cas l'enfant crie plus quand on le prend dans les bras que quand on le laisse dans son berceau. Le mouvement même du berceau est une cause de douleurs, et quand on berce l'enfant, ses cris redoublent au lieu de se calmer.

Il est d'ailleurs possible, comme le fait remarquer Comby, de sentir un décollement épiphysaire, une pseudo-paralysie ou maladie de Parrot.

Si donc on se trouve en présence d'un enfant dont les pleurs ont une persistance anormale et sont plus violents la nuit, si cet enfant est placé dans de bonnes conditions hygiéniques et a une alimentation bien réglée, si on ne peut déceler aucun trouble dans le fonc-

tionnement des organes, auquel on puisse attribuer ces cris, on doit penser à la syphilis.

Il faut alors en rechecher méthodiquement tous les symptômes et les stigmates, scruter les antécédents maternels et même si l'examen est négatif, appliquer le traitement spécifique.

La disparition rapide des cris viendra apporter une confirmation éclatante au diagnostic.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*).

Prise à la consultation du Dr Comby, 12 novembre 1907.

Cris. Réseau veineux. Facies.

Enfant C..., né le 10 juin 1907.

Antécédents héréditaires. — Père, alcoolique, n'aurait jamais été malade. Mère, 30 ans. Est accouchée il y a neuf ans d'une fille venue à terme, bien portante actuellement.

Deux ans plus tard, est soignée à Saint-Louis, par des pilules, sans doute pour un accident primitif.

Trois mois après, elle faisait une fausse couche de quatre mois (février 1902). Au mois de novembre de la même année, nouvelle fausse couche de trois mois.

L'année suivante, elle accouche au huitième mois d'un enfan mort et macéré.

L'année d'après, elle accouche au huitième mois d'un enfant qui a vécu vingt-deux jours.

Sixième grossesse : enfant actuel.

La mère a pris du sirop de Gibert dès le début de sa grossesse. Grossesse avec hydramnios.

L'accouchement a été normal.

L'enfant est atteint de coryza depuis sa naissance.

La mère a remarqué que sa tête se développait d'une façon exagérée.

L'enfant crie beaucoup, nuit et jour, mais surtout la nuit, même quand la mère le prend dans ses bras ; il dort bien une nuit sur dix. Tantôt ce sont des cris perçants, tantôt c'est un cri plaintif.

Pas d'éruptions sur le corps. Pas de diarrhée.

A eu quelques vomissements et tousse un peu.

Poids à la naissance, 3 kgr. 600.

Poids en septembre, 5 kgr. 500.

État actuel. — Enfant de 5 mois, d'assez belle apparence. Le teint est légèrement bistré. La tête est volumineuse : le front bombé, les bosses pariétales saillantes, la fontanelle tendue ; il existe de gros cordons veineux à la région frontale et surtout à la région temporale, volumineux surtout quand l'enfant crie. Le nez est enfoncé à la base et le siège d'un écoulement permanent, la respiration s'accompagne de stridor.

Les cheveux sont rares et fins.

Pas d'éruptions. Foie un peu gros, rate débordant de deux travers de doigts. Induration de l'épididyme du côté droit.

Traitement : frictions mercurielles et pommade au calomel dans le nez.

21 *novembre.* — L'enfant va mieux. Il ne crie plus et dort beaucoup mieux ; amélioration dès la première friction. Fontanelle moins tendue. Veine, du crâne moins saillantes. Quelques vomissements. Rate encore grosse.

19 *décembre.* — Amélioration continue. Fontanelle moins tendue. Dort toujours bien. Le réseau veineux est beaucoup moins visible, mais redevient volumineux quand l'enfant crie. Facies toujours bistré. Testicule moins dur. L'enfant a diminué d'une livre à la suite de troubles digestifs.

7 *janvier.* — Plus de coryza ni de stridor. Les cris n'ont pas reparu, les nuits sont calmes. Testicule moins dur. Rate moins grosse. Les veines du crâne sont moins apparentes. Les troubles digestifs ont cessé et l'enfant a augmenté de 150 grammes en quinze jours.

Observation II (*personnelle*).

Prise à la consultation du Dr Comby, 24 octobre 1907.

Cris. Facies.

Enfant B..., 2 mois.

Antécédents héréditaires. — Père, 23 ans. Serait bien portant. Mère, 24 ans. Actuellement bien portante ; aurait souffert de bronchite chronique. Une fausse couche soignée à Baudelocque.

Antécédents personnels. — Née à terme. Grossesse normale. Accouchement sans difficulté obstétricale. Nourrie au sein pendant dix jours, puis au biberon.

Poids : 2 kgr. 750 à la naissance. Actuellement, 3 kgr. 900.

Pas de diarrhée. Coryza peu de temps après la naissance.

L'enfant a toujours beaucoup crié et crie encore beaucoup. L'enfant venait assez bien sauf les cris qui étaient incessants, de jour et de nuit.

Il y a quinze jours on a remarqué une éruption formée de petites plaques rougeâtres présentant une légère desquamation

exfoliatrice, situées sur tout le corps avec quelques éléments sur la face notamment aux sourcils et aux paupières. Facies bistré. Coryza léger- L'enfant jouit de tous les mouvements. Pas d'augmentation de volume du foie et de la rate.

Traitement : frictions mercurielles et pommade au calomel dans le nez.

31 *octobre*. — L'enfant revient. La face est toujours bistrée. L'enfant crie moins depuis huit jours de traitement. Il dort bien la nuit. Coryza diminué.

Poids : 4 kgr. 200. Les plaques se sont desquamées, érosions entourées d'une collerette de desquamation.

Observation III (*personnelle*).

Prise à la consultation du Dr Comby, 19 novembre 1907.

Réseau veineux.

Enfant D..., âgé de 7 mois.

Antécédents héréditaires. — Père, 26 ans. N'a jamais été malade ; accuse seulement quelques maux de gorge.

Mère, 26 ans. Diminution marquée de l'ouïe depuis l'âge de 4 ans.

Premier enfant. Pas de fausses couches.

Né à terme. Accouchement au forceps. A été mis en nourrice trois jours après sa naissance. Repris par ses parents depuis deux jours. A eu la diarrhée verte pendant trois semaines, en est actuellement guéri.

L'enfant a du coryza depuis sa naissance. Il est pâle. Sur le crâne on observe de gros cordons veineux, marqués surtout à

la région temporale et augmentant de volume avec les cris de l'enfant.

Les cheveux sont courts, rares et fins. A la naissance ils étaient abondants et sont tombés trois mois après.

Craniotabes très accentué au niveau de l'occipital.

Les fontanelles sont larges et tendues ; il y a une mobilité anormale des pariétaux sur le frontal.

Pas d'éruption sur le corps. Rate grosse. Le foie ne déborde pas. Testicule droit petit et dur. Ganglions dans les aines, les aisselles, à la nuque.

Il tousse un peu, surtout la nuit. Pas de dents.

Traitement : frictions mercurielles. Pommade au calomel dans le nez.

28 *novembre*. — L'enfant revient amélioré. Le coryza a diminué, la fontanelle est moins tendue. Le réseau veineux est moins marqué surtout quand l'enfant ne pleure pas. La rate est encore grosse. On continue le même traitement.

12 *décembre*. — L'amélioration continue. Le coryza est très diminué. La rate est moins grosse. Les veines du crâne sont encore très visibles, mais sont beaucoup moins gonflées.

Observation IV (*personnelle*).

Prise à la consultation du Dr Comby, 1er août 1907.

Réseau veineux. Facies.

Enfant R..., née le 6 mars 1907.

Père, 40 ans, peintre en bâtiments, a eu une « éruption de sang » il y a dix ans, le médecin a déclaré que c'était une affec-

tion « spécifique » ; a pris pendant quatre mois une potion et encore actuellement de l'iodure.

Mère, 40 ans, mariée il y a dix-huit ans.

7 grossesses : 1re, il y a 17 ans, enfant sain.

2e — 16 — —

3e — 13 — —

4e — 10 — fausse couche de 6 semaines.

5e — 8 — enfant mort-né à 7 mois.

6e — 4 — fausse couche de 6 semaines

7e, enfant actuel.

Enfant né à terme. Poids : 8 livres. Nourri au biberon avec du lait de chèvre. A toujours eu de la gêne respiratoire causée par de l'obstruction nasale ; quelquefois, croûtes aux orifices.

Examen. — Pas d'éruption spécifique. Un peu de miliaire. Tête grosse, bosses occipitales et frontales assez développées, veines temporales et frontales dilatées surtout à gauche et pendant les cris ; alopécie ; nez enfoncé à la base. Coryza abondant depuis deux ou trois jours. Teinte bistrée autour des yeux et de la bouche. Foie et rate gros dépassant les fausses côtes de deux travers de doigt.

Observation V

Due à l'obligeance du Dr Comby.

Réseau veineux.

Enfant M..., âgé de 13 mois.

Père, bien portant. Est revenu depuis atteint de P. G.

Mère, bien portante.

Trois enfants :

1er, né à 8 mois; a vécu vingt-deux jours; mort de convulsio

2e, mort-né à 7 mois ;

3e, né à terme.

Coryza depuis sa naissance. Jamais d'éruption.

A beaucoup maigri depuis trois mois.

Examen. — 2 octobre 1903.

Crâne volumineux, front olympien; crâne très allongé; dépression au niveau de la partie moyenne du crâne; occipital volumineux. La circulation veineuse du crâne est excessivement développée. Chapelet costal. Foie et rate volumineux. Ganglions de l'aîne et du cou volumineux. La coloration de la peau rappelle ceux des myxœdémateux.

Traitement : Frictions mercurielles ; pommade au calomel dans le nez.

11 *décembre.* — Très notable amélioration. L'enfant est plus fort, plus éveillé. Les veines du crâne sont moins apparentes.

25 *février* 1904. — L'enfant va de mieux en mieux. La tête n'a pas augmenté de volume. La peau a un aspect à peu près normal.

15 *juin* 1905. — Enfant très fort, très vigoureux, marchant tout seul. Plus de circulation collatérale cranienne. Le crâne a toujours la forme dolichocéphalique.

11 *novembre* 1907. — L'enfant revient à la consultation. La tête est longue et large, le front bombé, l'occiput en carène ; l'enfant présente de la kérato-conjonctivite. Les veines du crâne sont encore plus marquées que chez un enfant normal.

Observation VI

Communiquée par M le Dr Comby.

Fille de 2 mois. Cris persistants. Facies hérédo-syphilitique. Cessation des cris par le traitement mercuriel.

Le 4 mai 1907, je suis appelé à voir, à Bezons, dans la clientèle du Dr Perrin, une fillette de 2 mois qui crie jour et nuit (surtout la nuit) depuis un mois. Cependant elle est nourrie au sein par sa mère qui a beaucoup de lait et présente les apparences d'une bonne nourrice.

Enfant née à terme, pesant 4 kilogrammes. Rien d'anormal dans les selles qui sont jaunes, bien liées ; pas de vomissements ; pas de symptômes d'entérite. La mère donne le sein toutes les trois heures. Pas de suralimentation. Pourquoi donc ces cris qui troublent le repos des parents et les effraient ? On parlait déjà de chercher une nourrice. Le médecin traitant a bien pensé à la syphilis, mais il a abandonné ce diagnostic devant les dénégations du père. Les soupçons n'étaient que trop justifiés par les antécédents : premier enfant né à 8 mois et mort presque en naissant il y a quatre ans ; deuxième enfant mort avec des taches suspectes à l'âge de 3 mois.

Je suis frappé tout d'abord par la pâleur jaune, terreuse, bistrée, du visage de l'enfant ; cette teinte bistrée domine surtout autour de la bouche.

En même temps, coryza avec écoulement séro-purulent.

État légèrement plissé et fissuré des lèvres. Tête bosselée avec saillie des pariétaux (sorte d'hyperostose diffuse).

Enfin le bras gauche pend inerte depuis deux jours (pseudo-

paralysie de Parrot). Il existe sur le ventre, les cuisses, les jambes, une éruption de roséole : macules de couleur jambonnée ; pas de plaques muqueuses péri-anales. Gros foie, grosse rate.

La syphilis était évidente, et je ne m'attardai pas à un interrogatoire superflu.

Traitement immédiat par les frictions mercurielles (onguent napolitain : 2 gr. par jour) ; par les onctions intra-nasales de pommade au calomel (à 1/10).

Je reste plusieurs mois sans avoir de nouvelles.

Le 19 juillet 1907 (deux mois et demi après), on conduit la fillette dans mon cabinet ; elle n'a plus le facies syphilitique ; elle ne crie plus. Elle est guérie. J'apprends que le traitement mercuriel avait fait cesser les cris en peu de jours, que le bras avait recouvré ses mouvements, que la roséole et le coryza avaient disparu. Foie et rate sans augmentation. Peau nette ; teint coloré.

On a suspendu le traitement ; je le fais reprendre, car les cris avaient recommencé depuis quelques jours.

Observation VII (1)

Garçon de 6 semaines. Entré à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades le 1er juillet 1907.

Né un peu avant terme, il a été au sein d'abord, puis au biberon et a eu des convulsions et vomissements.

Facies bistré, lividité du corps ; peau marbrée.

Cris incessants troublant le repos de la famille.

1. Les observations qui suivent sont empruntées aux *Archives de Médecine des Enfants*, n° du 1er janvier 1908. Article *Les cris dans l'hérédo-syphilis*, par le Dr Comby.

Frictions quotidiennes d'onguent napolitain à partir du 2 juillet. Les premiers jours de l'entrée, l'enfant crie beaucoup, jour et nuit. A partir du 9 juillet, il ne crie pas du tout ; mais il meurt d'athrepsie le 11. Nous trouvons à l'autopsie un foie dur à la coupe, de couleur silex, une rate également dure.

Observation VIII

Garçon de 10 mois. Entré à la crèche le 31 mai 1907.

Coryza pendant les premiers mois. Grosses veines à la surface du crâne. Allaitement au sein avec bouillies dès l'âge de 3 mois. Facies syphilitique.

Cris incessants de jour et de nuit.

Traitement par frictions mercurielles. Les cris cessent rapidement.

L'enfant ayant succombé le 6 juin, on trouve une rate énorme et dure, un foie gros, jaune et dur. La syphilis est évidente.

Observation IX

Fille de 4 mois ; née avant terme. Nourrie au biberon.

A présenté des taches suspectes à l'âge de 6 semaines.

Cris incessants surtout depuis trois jours; ne s'arrêtant pas la nuit. Facies bistré. Coryza. Fissures labiales. Alopécie. Craniotabes. Dilatation veineuse péricranienne. Nez en lorgnette.

Traitement par frictions. L'enfant cesse de crier. A l'autopsie gros foie dur et jaune à la coupe; rate grosse et dure.

Observation X

Garçon de 2 mois. Entré à la crèche le 1er juin 1907.

Né à terme ; nourri au biberon. A eu des troubles digestifs avec muguet. Facies bistré. Dilatation veineuse du crâne. Coryza. Alopécie.

Crie jour et nuit, troublant le repos des autres malades.

Rien n'a pu jusqu'alors calmer ses cris.

On le soumet au traitement hydrargyrique. Au bout de quelques jours, il cesse de crier. Mais ses troubles digestifs persistent et il meurt un mois après.

Autopsie. — Foie gros, dur, jaune, couleur silex, avec des bandes fibreuses à la coupe. Rate très dure.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis héréditaire se manifeste souvent chez des enfants à développement normal et à la mine florissante. L'aspect de « petit vieillard » n'est donc pas un stigmate d'hérédo-syphilis mais d'athrepsie.

II. — Le facies des hérédo-syphilitiques est caractérisé par le teint bistré de la face, occupant de préférence le pourtour des orifices naturels.

III. — Le développement exagéré de la circulation cranienne doit-être considéré comme un stigmate de syphilis héréditaire.

IV. — Des cris fréquents et à prédominance nocturne paraissent être dus à des lésions spécifiques, probablement osseuses et peuvent constituer le seul symptôme de la maladie.

Ces différents stigmates s'accompagnent ordinairement d'autres symptômes de syphilis, mais ils peuvent

exister seuls. Ils constituent dans ce cas, une simple présomption en sa faveur.

Quelle conduite faut-il alors tenir ?

Nous estimons que dans le doute il ne faut pas s'abstenir et que l'on doit appliquer immédiatement le traitement spécifique dans toute sa rigueur, pour peu surtout que le passé obstétrical de la mère (fausses couches, accouchements prématurés, mort-nés) vienne apporter de nouveaux éléments de diagnostic.

Vu : le Président de la thèse
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bar (P.) — Pratique de l'art des accouchements, 1907.

Barasch. — Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique. *Thèse de Paris*, 1896.

Boissard. — Les hérédo-syphilitiques. *Presse médicale*, Paris, 1904.

Comby. — Diagnostic et traitement de la syphilis congénitale, *Médecine moderne*, 1898.

— Les cris dans l'hérédo-syphilis. *Archives de médecine des Enfants* janvier 1908.

Fournier (Alfred). — La syphilis héréditaire tardive, 1886.

Fournier (Edmond). — Stigmates dystrophiques de la syphilis héréditaire. *Thèse de Paris*, 1898.

— Dystrophies veineuses. *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1902.

Gailleton. — Diagnostic de la syphilis à la naissance. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1904.

Genaro Sisto et Ernesto Gaing. — Llanto sifilitico. *Semana medica*. Buenos-Ayres, 1907.

Mlle Kalinine. — Signes de la syphilis précoce. *Thèse de Paris*, 1899-1900.

Kilmer. — Syphilis héréditaire. Diagnostic et traitement. *American Journal of Dermatol and genito-urinary Diseases*, octobre, 1906.

Parrot. — La syphilis héréditaire et le rachitisme, 1886.

Richard d'Aulnay. — Stigmates tant spécifiques que dystrophiques. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, Paris, 1900.

Sevestre. — Manifestation précoces de l'hérédo-syphilis. *Progrès médical*, Paris, 1888-1889.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hotel-Dieu. Tome III, 1898.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris